DES

NGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES

AU COURS DE LA SCARLATINE

PAR

Victor ODENT

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

—

1887

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

A M^ME^ V^VE^ A. JOÜIN

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE

DE

M. ALEXANDRE JOÜIN ✻

M. L'ABBÉ A. HOULÈS

Ancien membre de la Société d'hygiène

DE DEUX MAITRES REGRETTÉS

GUBLER

MAURICE RAYNAUD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Professeur d'histoire de la médecine à la Faculté

Médecin de l'hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

A TOUS LES MAITRES DONT J'AI REÇU L'ENSEIGNEMENT

A M. LE DOCTEUR LEGROUX

Professeur agrégé de la Faculté de médecine

Médecin des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR GINGEOT

Médecin des hôpitaux

INTRODUCTION

Durant notre séjour à Arcueil, où nous fûmes attaché quelque temps au collège, comme élève en médecine résidant, nous eûmes l'occasion d'observer plusieurs épidémies qui sévirent au milieu de la nombreuse population d'élèves internes que renferme cet important établissement.

Une épidémie de rougeole ayant atteint plus de vingt-cinq enfants, ne présenta que des cas très normaux, et ne fut suivie d'aucune des complications graves que l'on est exposé à rencontrer au cours de cette maladie, et qui font tant de ravages dans les hôpitaux. Nous signalons à dessein ce fait au point de vue étiologique des accidents secondaires qui ont été si fréquemment notés et étudiés dans d'autres circonstances, et nous le mettons en parallèle tout de suite, et pour ne plus y revenir, avec les faits bien autrement sérieux qui ont signalé l'épidémie suivante :

Une épidémie de scarlatine atteignit, en effet, l'année suivante, une quinzaine d'enfants, et cette épidémie présenta quelques caractères particuliers sur lesquels M. le docteur Legroux, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine, ainsi que M. le docteur Gingeot, médecin des hôpi-

taux et médecin traitant de l'école d'Arcueil, voulurent bien appeler notre attention.

Quatre élèves eurent, au courant de leur scarlatine, des symptômes angineux graves et accompagnés de la production de fausses membranes véritables ; tous offrirent en même temps les symptômes que l'on est généralement convenu d'assigner à l'angine diphthéritique vraie..

A ce moment, d'ailleurs, il n'y avait jamais eu dans l'école aucun cas de diphthérie et jamais on n'en a observé depuis. En outre, les médecins de la localité nous assurèrent qu'il n'y en avait pas de traces en ce moment dans leur clientèle.

Les conditions hygiéniques sont cependant des meilleures; l'infirmerie est installée dans de vastes locaux, bien aérée, d'une propreté méticuleuse, où l'encombrement peut être évité et l'isolement facilement et rapidement pratiqué. Chaque année, pendant les vacances, une désinfection générale y est faite, et quoique plusieurs années de suite aient été signalées par une épidémie (oreillons, grippe, rougeole, scarlatine), jamais celle d'une époque déterminée ne s'est reproduite l'année suivante.

Nous eûmes la curiosité de rechercher dans les auteurs classiques s'ils ne distinguaient pas dans l'évolution de la scarlatine deux sortes de productions pseudo-membraneuses sur les amygdales et le pharynx : l'une angine diphthéritique vraie, l'autre angine purement scarlatineuse, quoique également accompagnée de fausses membranes.

Ces recherches nous montrèrent bientôt que nombre de cliniciens, Graves, Rilliez et Barthet, pour ne citer que deux auteurs, avaient indiqué en quelques lignes, quoique d'une

manière non douteuse, l'existence de deux angines pseudo-membraneuses dans la scarlatine, distinctes et différant par leur évolution, leurs symptômes et leur pronostic.

M. Legroux nous encouragea à faire de cette étude le sujet de notre thèse, et nous allons suivant ses conseils essayer de démontrer à notre tour l'existence de deux variétés d'angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine.

Dans cette étude, nous observerons l'ordre suivant :

Dans un premier chapitre, nous exposerons l'historique de la question aussi brièvement que possible, et les idées actuellement acceptées par les classiques. Dans le deuxième chapitre, nous ferons le tableau de l'angine diphthéritique vraie venant compliquer la scarlatine.

Nous tracerons, dans un troisième chapitre, les symptômes, la marche et le pronostic de l'angine scarlatineuse pseudo-membraneuse non diphthéritique.

Un quatrième chapitre sera consacré à faire le parallèle entre les deux affections; nous montrerons leurs différences; nous ferons voir également les analogies incontestables qu'elles peuvent présenter.

Enfin, nous dirons quelques mots du traitement en insistant plus particulièrement sur quelques faits thérapeutiques dont nous avons été témoin.

Avant d'entrer en matière, nous avons l'agréable devoir de remercier tous les maîtres qui nous ont témoigné de l'intérêt durant le cours de nos études, en particulier MM. le docteur Legroux et le docteur Gingeot. Enfin nous remercions M. le professeur Laboulbène pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais non plus la bonne grâce avec laquelle s'est mis à notre disposition notre excellent ami le docteur P. Frétin, spécialement lorsqu'il s'est agi de rechercher l'opinion des Allemands sur notre sujet.

DES

ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES

AU COURS DE LA SCARLATINE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si, avant Bretonneau, Home et Samuel Bard commencèrent à dégager la diphthérie (angine diphthérique et croup) des nombreuses affections avec lesquelles elle était confondue avant eux, il est juste de reconnaître que jusqu'aux travaux de notre illustre compatriote Bretonneau, on ne possédait que des notions fort imparfaites sur ce sujet. C'est à partir de son premier mémoire, lu à l'Académie de médecine, en 1821, que l'on commence à connaître la nature des affections pseudo-membraneuses.

Il est donc oiseux de remonter au delà de cette époque pour l'étude du sujet qui nous occupe. Il ne saurait, en effet, être question de différencier les affections pseudo-membraneuses entre elles avant qu'on fût réellement édifié d'une manière satisfaisante sur leur valeur dans la maladie infectieuse *Diphthérite*.

Après les travaux de Bretonneau, lorsqu'on eut admis l'unité de la diphthérite, on accepta d'une manière générale, en France au moins, que les produits pseudo-membraneux étaient caractéristiques de cette diphthérite.

Lasègue, dans son traité magistral des angines, avait réagi contre

cette tendance. « Il est toujours séduisant, dit-il, d'avoir à son service un nom qui s'applique à des effets analogues et qui dispense d'un plus profond examen. Mon sentiment est que la diphthérie caractérisée par une fausse membrane, résistante et plus ou moins envahissante, doit représenter tout au plus, dans la vague nomenclature de la nosologie, un genre qu'il est indispensable de décomposer en espèces » (*Traité des angines*, p. 237).

Pour ce qui est des angines pseudo-membraneuses survenant au cours de la scarlatine en particulier, quelques auteurs n'avaient pas tardé à émettre des doutes, au nom de la clinique, sur la nature diphthéritique de toutes les productions pseudo-membraneuses que l'on pourrait rencontrer dans le pharynx.

Trousseau (*Clinique médicale*, t. II, p. 16) et Grisolle (*Pathologie interne*, t. I, p. 132), sans admettre d'une manière explicite l'existence de deux variétés d'angines pseudo-membraneuses, donnent cependant à entendre qu'ils ont observé deux ordres de faits bien différents par leur marche clinique et leur gravité.

Archambault, dans une note à la traduction de West (p. 518, 1875), est déjà beaucoup plus précis. « Personne plus que moi, dit-il, n'est disposé à croire que la phlogose simple, la rubéolique, la scarlatineuse surtout, sont capables de donner naissance à une pseudo-membrane, en dehors de l'infection diphthéritique. »

Mais, au point de vue clinique, aucun auteur n'avait été aussi affirmatif que Rilliet et Barthez dans leur traité classique des maladies des enfants. Nulle part la distinction entre les deux variétés d'angines n'avait été plus nettement signalée. « Il faut, disent-ils, faire nécessairement une distinction entre les deux angines, diphthéritique primitive et scarlatineuse, cette dernière pouvant s'accompagner également du développement des fausses membranes. » Si leur description de cette angine pseudo-membraneuse scarlatineuse ne ressemble pas de tous points à celle que nous allons tracer, elle s'en rapproche toutefois par l'analogie parfaite de leurs caractères essentiels.

De leur côté, les anatomo-pathologistes avaient signalé une confusion possible et attiré l'attention sur ces produits pseudo-membraneux qu'ils cherchaient en vain à différencier entre eux. Dès 1861, M. le professeur Laboulbène, dans son traité clinique et anatomique des *affections pseudo-membraneuses*, montrait l'impuissance où l'on se trouvait de distinguer les deux affections par les caractères anatomiques des fausses membranes, en même temps qu'il faisait ressortir les différences cliniques. « Dans certains cas de *scarlatine angineuse*, surtout épidémique, les fausses membranes ressemblent extrêmement à celles de la diphthérie ; elles deviennent épaisses, tendues et adhérentes ; plus tard rougeâtres, brunâtres ou noirâtres et prennent l'aspect gangreneux. Y a-t-il alors complication diphthérique ou bien est-ce le degré le plus élevé de la scarlatine angineuse ? Je traiterai plus tard cette question » (p. 126). L'éminent professeur semble s'être arrêté à cette dernière opinion, car nous trouvons plus loin : « Il me reste à parler du diagnostic différentiel de l'*angine diphthéritique* et de l'*angine scarlatineuse* avec fausses membranes. J'ai décrit les formes diverses de cette dernière affection. Le génie épidémique en modifie beaucoup les aspects : tantôt il existe un simple enduit blanchâtre, d'autres fois des fausses membranes plissées ou épaisses, ou bien une véritable couenne » (*Recherches sur les affections pseudo-membraneuses*, p. 257). Enfin nous retiendrons la conclusion et nous y insisterons à propos du pronostic des deux variétés d'angine : « La diphthérie venant succéder à la scarlatine produit toujours la mort. »

Sans doute, si l'examen anatomique et histologique fournissait un moyen certain de différencier les fausses membranes entre elles, il serait facile d'attribuer à la diphthérie celles qui lui sont propres et d'en distraire les pseudo-membranes qui ne présenteraient pas les caractères requis. Malheureusement il n'en est rien et les anatomistes les plus autorisés n'ont pu leur assigner le moindre caractère différentiel. M. le professeur Cornil (*Histologie pathologique*, t. II,

p. 623) dit formellement : « L'amygdale, dans l'angine scarlatineuse, peut se recouvrir d'une fausse membrane absolument semblable à celle de la diphthérie. »

L'étude des micro-organismes contenus dans les pseudo-membranes ne conduit pas à un meilleur résultat. En effet, malgré de nombreux travaux, malgré les recherches fort bien conduites de Talamon en particulier, il est encore impossible d'assigner des caractères certains au microbe de la diphthérie, dont la nature parasitaire est pourtant à priori si vraisemblable. « La plupart des auteurs rapportent à la diphthérie les inflammations pseudo-membraneuses qui se développent au pharynx dans la scarlatine. Cependant on n'a pas la preuve de leur absolue similitude » (Cornil et Babès, *les Bactéries*, 1885, p. 400). Et encore : « Il importe de ne pas confondre les fausses membranes des muqueuses qui appartiennent à la *diphthérie spontanée* avec les fausses membranes fibrineuses qui se développent sur les muqueuses enflammées d'une façon très intense, comme cela a lieu dans certains faits de scarlatine. Il est naturel de penser que les micro-organismes qu'on y découvre diffèrent et ne sont pas les mêmes que dans la diphthérie vraie. Cette distinction des micro-organismes des fausses membranes n'a pas encore été suffisamment faite. » En effet, l'étude des parasites de la cavité *bucco-pharyngienne* est hérissée de difficultés, car les produits pathologiques que l'on y rencontre sont constamment envahis par les microbes qui y fourmillent normalement. En sorte qu'il est réellement impossible, étant donnée une pseudo-membrane pharyngée, de décider quels sont ceux d'entre les parasites qui appartiennent à la diphthérie ou qui caractériseraient, au contraire, la scarlatine.

C'est donc dans l'évolution clinique de la maladie qu'il faut chercher les analogies et les différences que peuvent présenter entre elles les affections pseudo-membraneuses pharyngées, au cours de la scarlatine.

On pourrait objecter, il est vrai, que d'autres auteurs ont égale-

ment, au nom de la clinique, professé l'identité de toutes les productions pseudo-membraneuses, au cours de la scarlatine, pseudo-membranes qu'ils attribuent toujours à la diphthérie vraie. M. le professeur Peter paraît se ranger parmi ces derniers (article Angines, *Dict. encyclopédique*). Mais c'est surtout M. Cadet de Gassicourt qui affirme aujourd'hui la doctrine de l'identité (*Leçons cliniques sur les maladies des enfants*). Trousseau lui-même, à la fin de sa carrière, semble s'être déjugé et rallié à l'opinion que professe de nos jours M. Cadet de Gassicourt. A quoi faut-il attribuer ce changement? Suivant nous, au milieu dans lequel observait Trousseau ; c'est en effet pendant son séjour à l'hôpital des enfants qu'il revint sur sa première opinion. Nous verrons plus tard qu'il est relativement rare d'observer dans les hôpitaux d'enfants la variété non diphthéritique d'angine pseudo-membraneuse au cours de la scarlatine. Cela ne doit point étonner ; les cas de diphthérie vraie y sont tellement fréquents, que les autres disparaissent, perdus au milieu des précédents.

CHAPITRE II

DES PRODUCTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES PHARYNGIENNES DE NATURE DIPHTHÉRIQUE AU COURS DE LA SCARLATINE

Il n'entre pas dans notre dessein de faire un tableau complet de l'angine diphthéritique survenant chez un scarlatineux. Dans notre description, nous nous attacherons surtout à mettre en relief les caractères propres à cette angine, caractères qui nous permettront de leur comparer plus facilement ensuite ceux qui appartiennent à l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique, survenant au cours de la scarlatine.

Époque d'apparition. — La diphthérie n'apparaît pas, en général, au début de la scarlatine ; c'est à partir du septième jour que l'on observe cette redoutable complication (Picot) ; vers le dixième jour, d'après Trousseau ; du septième au quatorzième jour (Jaccoud, *Clinique*, 1886). Il convient peut-être de faire des réserves sur cette dernière opinion. Mais, dans tous les cas, cette angine *tardive*, ainsi qu'on l'a nommée, n'apparaît jamais avant que la fièvre ait diminué ou soit tombée, et que l'éruption ait disparu. Nous insistons à dessein sur ce dernier point : c'est après la disparition de l'exanthème, et lorsque la défervescence s'est produite, que l'on voit apparaître les signes de l'infection diphthéritique. Ces angines tardives sont parfaitement connues de tous les cliniciens ; mais il en est une variété sur laquelle on a moins appelé l'attention : c'est l'angine diphthéritique qui survient à une période plus avancée, pendant la convalescence de la scarlatine. Nous avons pu réunir deux beaux exemples de cette variété, et nul doute qu'on n'en trouvât

encore quelques observations dans les auteurs. Dans un cas, l'angine a apparu quatre semaines, dans l'autre un mois après le début de la maladie. Nous verrons plus tard qu'il y a là une distinction à faire, distinction qui a surtout son importance au point de vue du pronostic.

Étiologie. — Il est hors de doute que l'angine diphthéritique tardive s'observe le plus communément dans la pratique hospitalière, où l'isolement des malades est toujours imparfait et le voisinage des diphthéritiques inévitable. Les doctrines actuelles d'ailleurs s'opposent à ce que l'on admette le développement spontané de l'infection diphthéritique. Que l'origine de la contagion échappe le plus souvent aux investigations du médecin, le fait semble hors de doute; mais qu'il puisse exister des cas de diphthérie véritable sans contamination, c'est là une chose que nous ne saurions admettre. Nous verrons plus tard que le congrès de New-York de 1882 s'est rangé entièrement à cette opinion.

On pourrait objecter cependant que dans certaines épidémies observées en dehors de l'hôpital, la complication de diphthérie vraie a été notée avec une fréquence particulière. Ce qui pourrait conduire à se demander si dans certains cas la diphthérie pharyngée ne fait pas partie intrinsèque de la scarlatine. Après avoir lu les descriptions des fameuses épidémies de Plymouth en 1752 et d'Angers en 1841, nous avons acquis la conviction qu'il s'agissait d'une épidémie de diphthérie coïncidant avec une épidémie de scarlatine, puisqu'il était possible d'observer des cas isolés de l'une et de l'autre. Dans les cas où la diphthérie vraie succède par contagion à la scarlatine, comme il arrive le plus souvent dans les hôpitaux, le mécanisme de l'infection n'a rien de particulier à signaler. En effet, il y a dans le pharynx, du fait de la scarlatine, une lésion qui ouvre une porte naturelle à l'envahissement par la diphthérie; la localisation de celle-ci, au moins primitivement, est la conséquence naturelle de l'angine scarlatineuse simple du début de la maladie. Aussi l'in-

fection se fait-elle rapidement et profondément, le principe infectieux ne rencontrant pas une barrière épithéliale intacte et protectrice. Ce qui pourrait expliquer, d'une part, comment il se fait que dans ces cas la diphthérie revête les caractères d'une malignité particulière et tue avant d'avoir envahi les voies respiratoires, et, d'autre part, pourquoi la diphthérie survenant à une époque plus avancée de la convalescence présente des symptômes moins graves qui rendent le pronostic moins fatal.

Description de la maladie et de la fausse membrane. — Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à Trousseau la description suivante : « Chez un scarlatineux arrivé au huitième ou au neuvième jour de sa maladie, la fièvre est tombée, l'éruption a disparu et l'on rassure la famille. Tout à coup un engorgement considérable se montre à l'angle des mâchoires; il occupe non seulement cette région, s'étend au cou et à une partie de la face. Un liquide sanieux, fétide, très abondant s'écoule des fosses nasales; les amygdales sont volumineuses, l'haleine exhale une odeur insupportable, le pouls reprend une grande fréquence et le délire reparaît. »

Si l'on vient à examiner la gorge, on aperçoit tout d'abord, sur la paroi antérieure du pharynx, rose encore de l'angine scarlatineuse du début, mais presque revenue à sa couleur normale, une tache blanchâtre, transparente, bien circonscrite et analogue à du mucus coagulé. Telle est la fausse membrane à sa naissance. Elle se laisse détacher facilement, mais elle s'épaissit rapidement. puis prend un aspect jaunâtre et devient très adhérente. En même temps elle se généralise, sa couleur devient fauve, grisâtre; elle prend l'apparence pulpeuse et même grangreneuse; l'haleine devient d'une fétidité extrême; de la bouche et du nez s'écoule un liquide sanieux. Les fausses membranes se sont étendues dans les fosses nasales; mais, fait très important, elles peuvent également envahir l'orifice glottique et le malade peut succomber aux accidents du croup. Graves avait depuis longtemps signalé cette com-

plication, que Trousseau, au contraire, se refusait presque absolument à admettre : « La scarlatine n'aime pas le larynx ». Nous avons dit plus haut pourquoi la célèbre proposition de Trousseau se vérifiait dans la plupart des cas. La propagation de la fausse membrane diphthéritique dans la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne doit être considérée comme exceptionnelle, si tant est qu'elle existe.

La fièvre a, dans ces cas, une allure spéciale ; la défervescence ordinaire de la scarlatine s'est accomplie et la température revenue à la normale, quand au moment de la desquamation elle remonte brusquement, et reste élevée le plus souvent jusqu'à la mort. Nous avons cherché à opposer la marche de la température dans ces cas de diphthérie vraie à celle que l'on observe dans l'angine pseudo-membraneuse simple, et page 37 on trouve deux tracés qui peuvent en donner une idée.

Lorsque l'angine diphthéritique apparaît au contraire à une époque avancée de la convalescence, elle semble affecter de préférence les allures qu'on est convenu d'attribuer à l'angine diphthéroïde. Dans tous les cas les phénomènes infectieux qui sont de règle dans l'angine diphthéritique de la scarlatine manquent le plus ordinairement.

Pronostic. — L'angine survenant au commencement de la défervescence ou au début de la convalescence peut-elle guérir? La guérison est certainement l'exception, si tant est qu'elle soit possible. Cette terminaison heureuse n'est pas admise par tous les auteurs. M. le professeur Laboulbène (*loc. cit.*) dit formellement que l'angine succédant à la scarlatine produit toujours la mort. Nous avons voulu contrôler par les observations éparses dans les auteurs la valeur de cette opinion. Dans vingt cas de scarlatine compliquée de diphthérie que nous avons analysés à ce point de vue particulier, nous n'avons pas trouvé de faits de guérison. M. le professeur Jaccoud (*Clinique médicale de la Pitié*, 1886) rapporte cependant un

cas suivi de guérison, mais il convient peut-être de remarquer qu'il s'agit déjà, dans ce fait, d'une angine survenue plus tard que d'ordinaire, puisqu'elle n'a paru que le treizième jour après l'éruption. A notre sens, ce cas rentrerait plutôt dans la variété que nous avons signalée des angines diphthéritiques de la convalescence sur le pronostic desquelles il nous reste à dire quelques mots.

Dans ces derniers cas, la guérison est beaucoup moins rare, ce qui s'explique facilement, en dehors des raisons que nous avons invoquées précédemment, par ce fait que le convalescent est plus vigoureux et plus résistant à l'infection.

Mais pour ce qui est de la diphthérie précoce, nous serions tenté, après nos recherches, d'adopter sans réserves la proposition de M. le professeur Laboulbène, et nous croyons que les cas où l'on a signalé la guérison appartiennent plutôt à l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique que nous allons maintenant décrire.

CHAPITRE III

DES PRODUCTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES PHARYNGIENNES NON DIPHTHÉRIQUES AU COURS DE LA SCARLATINE

Nous voici arrivé au chapitre le plus important et le plus délicat de ce travail. Nous nous sommes servi, pour le rédiger, de quatre observations qui nous sont personnelles, d'une belle observation que nous avons empruntée à M. Gallard et de quelques documents que les revues nous ont fournis. On ne saurait méconnaître une analogie extrême en tous ces cas, et c'est cette analogie que nous allons nous attacher à faire ressortir dans le courant de ce chapitre. Il convient d'abord d'éliminer, une fois pour toutes, les angines pultacées survenant chez les scarlatineux. Ces angines, qui constituent un symptôme presque constant et banal de la scarlatine, ne rentrent en aucune manière dans notre sujet.

Époque d'apparition. — L'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique apparaît plus tôt que l'angine diphthéritique vraie. Dans près de la moitié des cas, elle a apparu le premier jour après l'éruption (4/10). Elle s'est montrée aussi fréquemment le deuxième jour après l'éruption. Dans un cas, elle a semblé débuter quelques heures seulement après l'apparition de l'exanthème. Enfin, dans deux cas, les fausses membranes apparurent le troisième jour seulement. C'est l'époque la plus tardive qu'il nous ait été donné de rencontrer. Nous n'avons pas trouvé non plus de fausses membranes avant l'éruption. En somme, ce qu'il faut surtout retenir, c'est que jamais la pseudo-membrane ne s'est montrée après le troisième jour. C'est là un caractère fort important sur lequel nous aurons à revenir.

Nous avons annexé à notre thèse un tableau où nous avons groupé onze cas bien nets de la variété d'angine pseudo-membraneuse que nous décrivons. Il suffira d'y jeter un coup d'œil pour se renseigner sur l'époque et le mode d'apparition de la fausse membrane.

Étiologie. — La contagion diphthéritique a manifestement fait défaut dans tous nos cas. Au moment où nous prîmes, au collège d'Arcueil, les quatre observations qui font la base de ce travail, il n'y avait jamais eu, à notre connaissance, un cas de diphthérie dans l'établissement. Dans une épidémie de rougeole qui avait existé deux ans auparavant, on n'avait pu constater aucune complication de diphthérie. Nous avons dit déjà que dans le pays les médecins n'avaient eu à soigner aucun cas d'angine couenneuse. Dans l'observation de M. Gallard, bien qu'il s'agisse d'un fait tiré de la pratique hospitalière, il est permis de croire que la malade n'a pas été exposée à la contagion : d'abord elle était à l'Hôtel-Dieu et non pas dans un hôpital d'enfants, et d'autre part l'observation, rédigée avec soin, ne mentionne pas dans la salle l'existence d'autres cas de diphthérie. Pour M. Gallard, il semble évident qu'il ne pouvait s'agir d'une angine diphthéritique. Ainsi donc, c'est surtout en dehors de la pratique des hôpitaux d'enfants que l'on peut rencontrer des cas semblables aux nôtres. Est-ce à dire, pour cela, que l'on ne puisse en observer à l'hôpital? Certainement non, mais la confusion avec l'angine diphthéritique ordinaire a dû être faite le plus souvent. Nous relevons cependant, dans la thèse de M. Brissot, rédigée sous l'inspiration de M. Bergeron, à côté de cas fort nets de diphthérie vraie consécutive, deux observations que nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher des nôtres ; en effet dans ces deux cas il s'agit d'exsudats pseudo-membraneux *apparus de bonne heure*, dont l'aspect, l'évolution, et surtout l'heureuse terminaison, rappellent de tous points les cas que nous avons personnellement observés.

Pourquoi ces productions pseudo-membraneuses se développent-elles dans certains cas seulement et font-elles défaut le plus souvent? Nous l'ignorons absolument. Cependant il faut faire remarquer que, sauf le cas de M. Gallard, qui reste isolé, toutes les autres observations se rapportent à des sujets qui ont été frappés dans la même épidémie. Nos quatre observations personnelles ont été prises presque simultanément: les deux observations de Brissot ont été faites pendant une même épidémie observée à l'hôpital des enfants. En sorte qu'on arrive à se demander avec M. le professeur Laboulbène (*loc. cit.*) si le génie épidémique n'a pas pu déterminer ce développement spécial des fausses membranes, qui peuvent, dit-il, devenir *couenneuses* sous son influence.)

L'âge est-il pour quelque chose dans la détermination de cette maladie? Nous ne le croyons pas. La plupart de nos cas se rapportent, il est vrai, à des enfants et nous n'avons qu'une observation relative à un adulte, c'est celle de M. Gallard. Mais on sait combien est plus fréquente la scarlatine chez les enfants, en sorte qu'il est impossible de conclure à la plus grande fréquence de cette complication chez eux.

Symptômes. — L'angine vulgaire qui accompagne la scarlatine normale est d'une indolence remarquable (Lasègue, *Trait. Angines*, p. 11). Tout au contraire, quand elle doit s'accompagner de productions pseudo-membraneuses, elle devient beaucoup plus bruyante dans ses allures, au moins quand le sujet n'est pas trop débilité par une maladie antérieure, comme la rougeole (observation de Brissot). Chez nos quatre malades, la dysphagie était considérable, la douleur à la déglutition extrême et chez la malade de M. Gallard nous voyons signalés les mêmes phénomènes ; au contraire, chez les malades de Brissot les symptômes douloureux doivent avoir été bien atténués, car il n'en fait pas mention d'une façon expresse.

En même temps, les ganglions se tuméfient beaucoup moins que

dans la diphthérie vraie, où ils sont symptomatiques d'une infection intense, mais beaucoup plus que dans l'angine scarlatineuse ordinaire où le gonflement reste généralement modéré.

La fausse membrane peut se montrer dans deux cas différents: ou bien l'angine scarlatineuse du début a laissé un exsudat pultacé, ou au contraire la gorge est uniformément rouge, violacée, ainsi que la langue, la luette et le voile du palais. S'il est resté un exsudat pultacé, celui-ci se détache et l'on trouve au-dessous la fausse membrane toute constituée. L'exsudat pultacé manque d'ailleurs assez souvent (observat. du jeune L.); chez la malade de M. Gallard il a fait également complètement défaut, ainsi que dans les cas de Brissot et dans les deux observations que nous avons recueillies dans *Berliner klin. Wochenschrift*. Quoi qu'il en soit de son mode d'apparition, elle se présente toujours avec les mêmes caractères. Au début elle se laisse détacher facilement, tranche par son apparence blanchâtre sur la couleur foncée de la gorge, et devient bientôt plus adhérente. Il nous a semblé qu'elle se développait de préférence sur les amygdales et les piliers, envahissant plus rarement la luette. Plus tard elle se généralise, se propage très rapidement vers le pharynx, puis devient jaunâtre, mais ne prend jamais un véritable aspect gangreneux. En somme, cette fausse membrane présente bien des analogies avec la pseudo-membrane diphthéritique vraie. Nous aurons soin de faire ressortir dans le chapitre suivant, en même temps que les analogies, les quelques traits distinctifs qui les séparent.

La fausse membrane non diphthéritique ne s'étend pas dans le larynx. Au moins nous n'en avons pas rencontré d'exemples. Dans un de nos cas (cas de P.), on pouvait, en abaissant fortement la langue, voir la limite inférieure de la fausse membrane qui s'arrêtait nettement au bas du pharynx et à l'orifice supérieur du larynx, comme si elle se fût assigné à elle-même une délimitation anatomique. Elle se propage au contraire volontiers vers le haut, dans les fosses nasales où elle produit un coryza qui s'accompagne

du rejet de fausses membranes. Celles-ci peuvent obstruer complètement les narines et la respiration devient impossible. A ce moment l'agitation des malades, des jeunes malades surtout, est considérable et même les adultes témoignent une gêne extrême. La fétidité de l'haleine est toujours modérée, et dans tous les cas on en vient facilement à bout par quelques soins de propreté.

La propagation des fausses membranes dans les fosses nasales peut déterminer des accidents particuliers du côté de la trompe et de l'oreille moyenne, accidents relativement graves sur lesquels il ne semble pas qu'on ait suffisamment attiré l'attention. Quelques otologistes les ont pourtant signalés d'une manière très explicite. C'est ainsi que Burckhardt-Mérian, en 1881, dans *Archiv. für Kinder-Heilkunde*, disait textuellement : « Les cas de scarlatine avec propagation pseudo-membraneuse dans la caisse, par la trompe d'Eustache, sont communs. Ce processus morbide est redoutable pour ce qui est de l'appareil auditif, mais il comporte un pronostic bénin pour la vie du malade. » Nous allons avoir l'occasion de justifier cette affirmation.

Les pseudo-membranes, dans les cas qui nous occupent, envahissent la trompe, remontent en déterminant une inflammation grave de la caisse du tympan. Cette otite pseudo-menbraneuse s'accuse par une douleur plus ou moins vive, très intense chez un de nos malades, moins vive chez les deux autres. La surdité est presque toujours complète : au bout de quelques jours la membrane du tympan se perfore, et sous l'influence d'injections détersives pratiquées par le conduit auditif externe, on peut voir sortir d'abondantes fausses membranes, qui révèlent à l'observateur la nature de l'inflammation de l'oreille. Cette complication a été unilatérale dans deux cas, bilatérale dans le troisième, et elle s'est toujours terminée par la guérison du malade avec persistance d'une surdité complète. Ainsi se trouve donc vérifiée l'opinion de Burckhardt-Mérian tant pour les suites que pour la fréquence de cette complication puisqu'il nous a été donné de la noter trois fois sur onze.

Que devient, dans tout cela la marche de la fièvre? Dans la scarlatine vulgaire et exempte de complications, la défervescence succède immédiatement à l'éruption : elle se fait par *lysis*. Dans les cas d'angine pseudo-menbraneuse non diphthéritique, la courbe se maintient à la même hauteur pendant la durée de l'angine et décroît insensiblement jusqu'à ce que celle-ci ait disparu. Le schéma qui traduit la marche de la température diffère profondément de celui de la scarlatine normale (voy. le tableau des courbes).

La durée de l'angine a été en moyenne de sept à neuf jours ; elle disparaît , en général, au moment où se fait la desquamation. Les complications survenant du côté de l'oreille peuvent durer plus longtemps. On a vu sortir des pseudo-membranes par le conduit auditif externe jusqu'à trois semaines après l'éruption.

Pronostic et terminaison. — La guérison est la règle ; nous n'avons pas trouvé d'exceptions; presque dans tous les cas les malades ont guéri non seulement de leur angine, mais encore de leur scarlatine. Dans un seul cas une albuminurie tardive a emporté la malade qui paraissait en complète convalescence. En sorte que le pronostic de la maladie est très favorable dans son ensemble. Les seuls phénomènes persistants ont été la surdité (compl. dans la caisse) et dans un seul cas nous avons pu noter une paralysie légère du voile du palais, limitée essentiellement à cet organe. Chez aucun de de nos autres malades il n'y a eu le moindre phénomène paralytique à signaler.

Telle est, tracée à grands traits, l'angine pseudo-membraneuse diphthéritique survenant au cours de la scarlatine. Nous devons nous demander encore si c'est la seule forme clinique que l'on puisse observer.

Le professeur Demme (de Berne) décrit trois variétés d'angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine (*Yahresbericht des berner Kinderspitals* et *Yahrbuch der Kinderheilkunde* 1881, t. XVI, p. 214).

1° Angine diphtéritique vraie à laquelle il assigne les mêmes symptômes que nos auteurs classiques en insistant particulièrement sur la tendance que présentent les fausses membranes à envahir les organes voisins et en particulier le *larynx* et la *trachée*.

2° et 3° Deux formes non diphthéritiques, l'une qui semble se rapprocher beaucoup de la variété que nous avons essayé de décrire et qui serait caractérisée par le petit nombre des microcoques que l'on trouve dans la fausse membrane; une seconde où l'on trouve ces microcoques en colonies abondantes, angine remarquable par le gonflement lymphatique énorme dont elle s'accompagne, par ses symptômes typhiques et ses allures septicémiques. Ces deux variétés non diphthéritiques ont ceci de commun, qu'elles restent toujours limitées au pharynx. Il ne nous a pas été donné d'observer la dernière forme décrite par le docteur Demme. Si tant est qu'elle existe, elle doit être fort rare chez nous, car nos auteurs n'en font point mention.

CHAPITRE IV

PARALLÈLE DES DEUX VARIÉTÉS D'ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES LEUR TRAITEMENT

Après avoir essayé de déterminer quels étaient les caractères des deux variétés d'angines, il nous faut maintenant rechercher les différences qui les séparent, et après les avoir comparées, signaler les analogies qui les rapprochent.

L'angine diphthéritique vraie nous semble due surtout à la contagion ; nous avons essayé de le démontrer plus haut et nous pourrions nous prévaloir en outre de l'opinion émise par le congrès médical de New-York en 1882. Celui-ci admet, en effet, que la diphthérie ne vient compliquer l'angine scarlatineuse que lorsqu'il y en a dans la contrée ou la ville où l'on observe la scarlatine. Il découle naturellement de ceci, qu'en présence d'un cas de scarlatine compliquée de diphthérie vraie, le médecin ne devra pas se contenter d'attribuer cette complication au génie de la scarlatine elle-même. Il devrait s'enquérir avec soin de l'existence possible de cas d'angine couenneuse dans la localité, et dans tous les cas mettre ses scarlatineux dans un isolement aussi parfait que possible.

L'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique n'est point l'effet d'une contagion. Ses causes intimes sont inconnues, mais elles semblent cependant relever d'une constitution épidémique.

L'angine diphthéritique vraie apparaît tardivement, avec la desquamation, ou encore plus tard pendant la convalescence.

L'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique apparaît de bonne heure (1er ou 2^{e} jour de l'érupt.) ; elle se termine avec la

desquamation. La fausse membrane est en somme le point où les deux affections présentent le plus d'analogie.

La fausse membrane non diphthéritique apparaît sur une muqueuse cramoisie, tranchant par sa couleur blanchâtre sur un fond livide; l'autre se montre sur une gorge presque revenue à l'état normal. Le première devient rarement sanieuse et jamais gangreneuse; la seconde, au contraire, présente souvent ce dernier caractère. La diphthérie vraie remonte souvent dans les fosses nasales, mais contrairement à l'opinion de Trousseau, elle envahit également le larynx; elle respecte le plus souvent l'appareil auditif, au moins n'avons-nous pas trouvé d'exemple de complications du côté de l'oreille dans les nombreuses observations que nous avons parcourues. La pseudo-membrane non diphthéritique envahit également le nez; mais elle se propage volontiers du côté de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan; elle reste nettement limitée dans tous les cas à la partie inférieure du pharynx.

Les allures cliniques de ces deux formes sont toutes différentes. Le gonflement énorme du cou, la fétidité horrible de l'haleine et du nez, la pâleur extrême du visage, les signes d'une infection générale et profonde caractérisent l'angine diphthéritique vraie. La dysphagie extrême, une douleur pharyngée, vive et prolongée, une fièvre précoce, durable et intense, une agitation vive, du délire, au moins chez les enfants, avec un gonflement plus modéré des ganglions du cou, tels sont les symptômes qui appartiennent au contraire à l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique.

Le pronostic est bien différent; presque fatal dans le premier cas, sauf lorsque la diphthérie apparaît à une époque reculée de la convalescence, il est au contraire constamment bénin dans le second cas, tant pour l'évolution générale de la scarlatine que pour l'angine elle-même.

Ainsi donc, il y aurait, au cours de la scarlatine, deux variétés d'angine pseudo-membraneuse, l'une appartenant en propre à la

scarlatine, l'autre ressortissant uniquement à la diphthérie. Ces deux maladies auraient ce trait commun de pouvoir toutes deux déterminer la production de fausses membranes dans la gorge. Ce ne sont pas les seules analogies symptomatiques que l'on puisse relever entre elles. Depuis longtemps déjà les auteurs anglais avaient signalé entre les deux affections des points communs qui les avaient frappés d'une manière particulière. Toutes deux, en effet, peuvent s'accompagner d'albuminurie, et si la néphrite scarlatineuse est fort commune, la néphrite diphthéritique est loin d'être une exception. Les lésions anatomiques que présentent les reins ne sont pas sensiblement différentes dans les deux cas, et Cornil et Ranvier (*Hist. pathologique*, t. II, p. 577, 578) les décrivent à peu près dans les mêmes termes. Scarlatine et diphthérie présentent des exanthèmes fort semblables, quant à leur aspect, et, si l'éruption cutanée est la règle dans la scarlatine, elle s'observe souvent chez les diphthéritiques. Les recherches de M. le professeur G. Sée (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 1859) nous ont appris que dans un quart des cas de diphthérie les malades présentaient des éruptions scarlatiniformes.

Enfin, à côté de cas particulièrement légers et bénins, où l'on peut se demander si l'affection existe réellement, toutes deux présentent des cas foudroyants où le malade est enlevé rapidement, en quelque sorte par une septicémie suraiguë. Il y a là des analogies que l'on ne saurait méconnaître, et qui, si elles n'indiquent pas une similitude absolue entre les deux microbes pathogènes, suffisent néanmoins pour expliquer la production de pseudo-membranes dans les deux cas, sans admettre pour cela que la diphthérie vienne toujours compliquer la scarlatine. La diphthérie vraie succède souvent à la scarlatine ; c'est là un fait certain, commun, sur lequel nous nous sommes expliqué précédemment ; mais attribuer à la diphthérie l'angine pseudo-membraneuse précoce, coïncidant presque avec l'éruption, c'est, selon nous, aller beaucoup trop loin. Si même on ne veut tenir aucun compte des diffé-

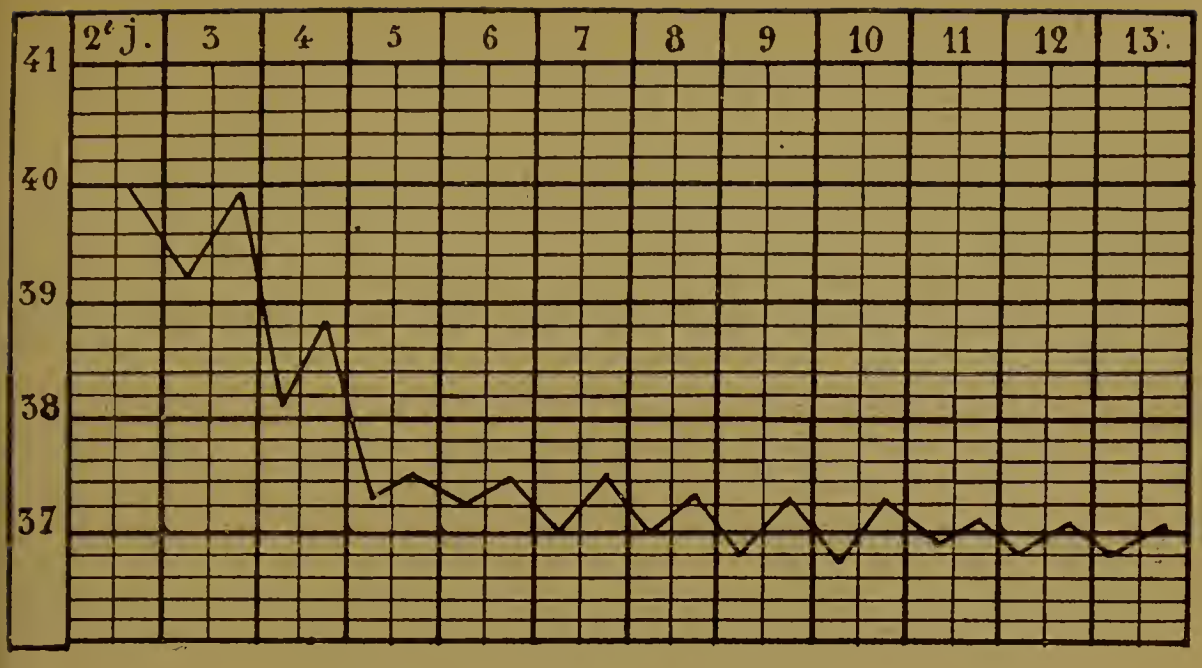
rences cliniques que nous nous sommes efforcé de montrer entre les deux variétés d'angines, il faut de toute nécessité admettre alors l'hypothèse de l'envahissement concomitant de l'économie par les deux microbes de la scarlatine et de la diphthérie. Cette évolution simultanée de deux agents infectieux est une opinion qui nous paraît peu séduisante et peu conforme avec les notions encore bien incomplètes, il est vrai, que nous possédons sur ce sujet. Nous admettrions plus volontiers l'existence possible dans la scarlatine d'une fausse membrane primitivement pharyngée, qui dépendrait uniquement de la maladie elle-même.

Traitement. — La diphthérie vraie est justiciable de son traitement habituel, bien qu'il faille se faire peu d'illusion sur son efficacité dans les cas qui nous occupent

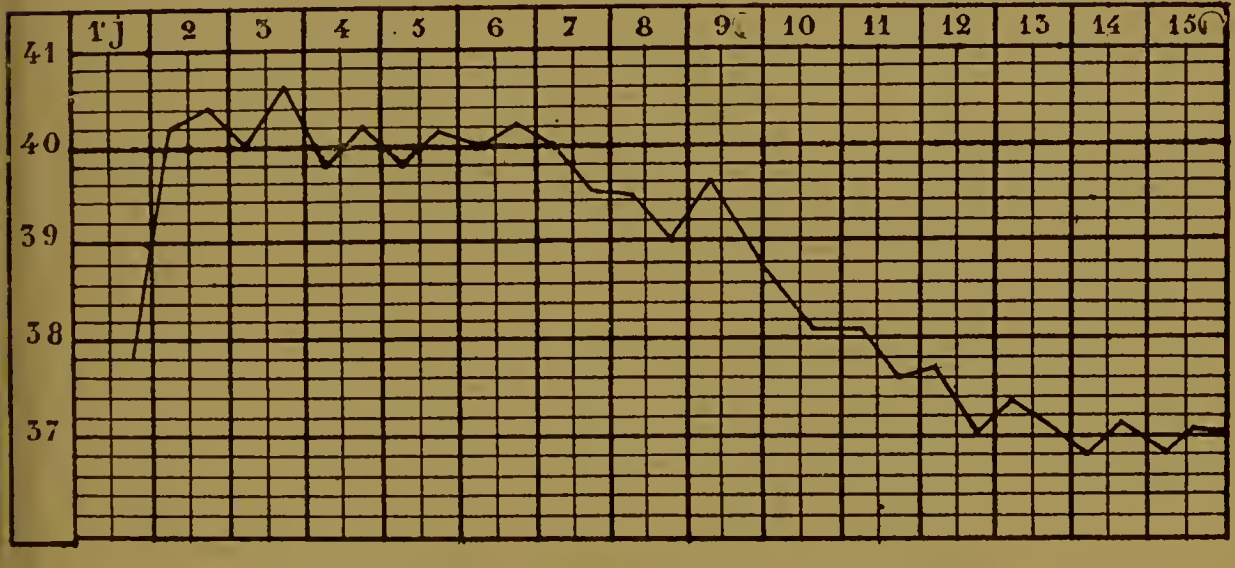
L'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique demande à être traitée. Il faut veiller avec soin à la propreté de la gorge, la désinfecter souvent à l'aide d'injections détersives, fréquemment répétées. Une solution boriquée au 1/25 nous a rendu d'excellents services. Les injections étaient précédées de badigeonnages à la papaïne, mais cet agent ne nous a pas paru avoir une grande action sur les fausses membranes. Peut-être arrivera-t-on néanmoins à prévenir leur extension dans les fosses nasales ; si celles-ci se prenaient à leur tour, il faudrait redoubler de soins pour tâcher d'éviter la propagation à la trompe et à la caisse. Les Allemands se sont servis d'une solution très étendue de sublimé, sans résultat bien favorable d'ailleurs, puisque nous voyons que dans un cas il sortait encore des fausses membranes par le conduit auditif externe plus de trois semaines après l'éruption. Peut-être, cependant, si l'on constatait d'une manière bien nette l'existence d'une otite moyenne à son début, conviendrait-il de ne pas attendre que la perforation de la membrane tympanique se soit effectuée spontanément. En donnant de bonne heure issue aux produits pathologiques de la caisse, on pourrait peut-être limiter leur extension et abréger la durée de

cette complication, qui, nous l'avons vu, a entraîné dans tous les cas la surdité complète de l'oreille malade.

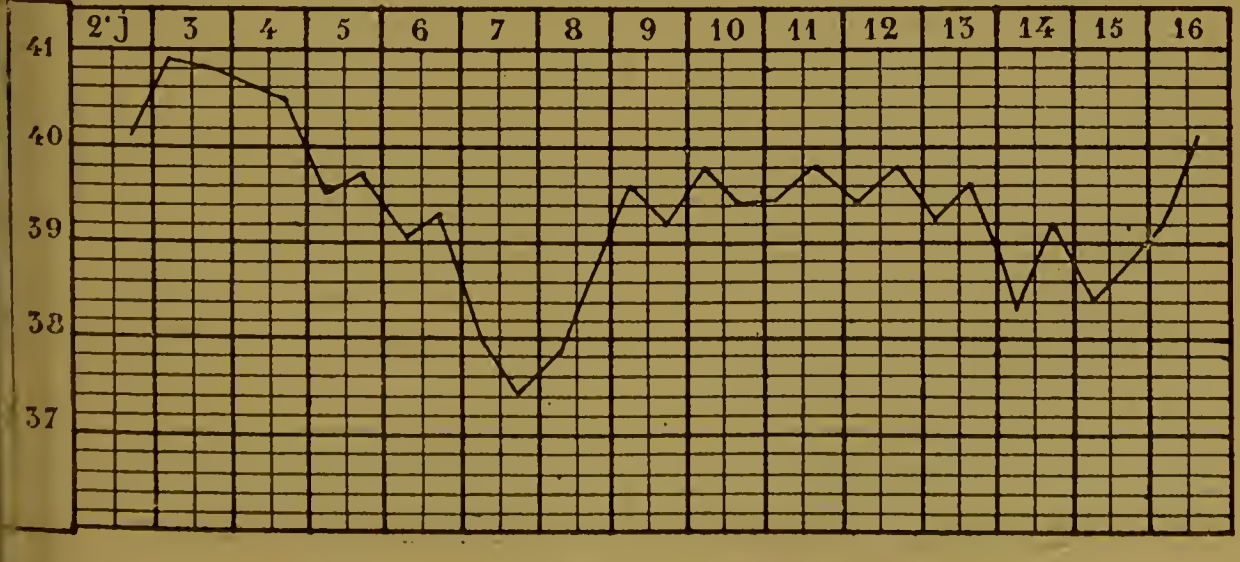
Nos cas d'angine pseudo-membraneuse ayant coïncidé avec des scarlatines franches accompagnées de phénomènes bruyants, nous nous sommes bien trouvé de l'emploi du sulfate de quinine. Dans une de nos observations, l'enfant était très agité, en proie à un délire assez violent, et très souffrant de son mal de gorge. On résolut de lui pratiquer une injection sous-cutanée de sulfate de quinine (0,20) : l'action du médicament s'est fait sentir le même soir. En même temps que les phénomènes généraux s'étaient amendés, les fausses membranes commençaient à se détacher et à partir de ce moment elles cessèrent de s'étendre et de se reproduire. Faut-il voir également dans cette amélioration de l'état de la gorge un effet du sulfate de quinine? La chose est possible et dans tous les cas l'usage de ce médicament dans la scarlatine est toujours sans danger jusqu'à la desquamation. Dans l'épidémie que nous avons observée, il nous a paru maintes fois exercer sur la maladie une action favorable, et Le Diberder prétend qu'il ne l'a jamais employé sans avantage.



SCARLATINE NORMALE (Obs. personnelle).



SCARLATINE PSEUDO-MEMBRANEUSE (Obs. I, personnelle).



SCARLATINE ET ANGINE SECONDAIRE TARDIVE (Obs. XII, Brissot).

TABLEAU COMPARATIF DES JOURS D'APPARITION DE L'ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE PRÉCOCE, APRÈS L'APPARITION DE L'EXANTHÈME.

OBSERVATIONS.	JOURS D'APPARITION.	OBSERVATIONS.	OBSERVATEURS.
IV.	1er jour	Envahissement du nez et de l'oreille	Personnelle.
VIII	1er jour		Jugaud.
V.	1er jour	Coryza	Brissot.
VI	1er jour	Conjonctivite	—
I.	2e jour		Personnelle.
II.	2e jour	Envahissement des fosses nasales	—
III	2e jour	Endocardite	—
XI	2e jour	Envahissement du nez et de l'oreille	Ludwig Blaù.
IX	3e jour		Jugaud.
X	3e jour	Envahissement du nez et de l'oreille	Kortz.
VII	précoce	Envahissement des fosses nasales	Gallard.

Observation I.

L'élève D..., âgé de onze ans, entré à l'infirmerie le 13 juin. Constitution moyenne. Sanguin et rhumatisant.

Indisposé depuis quelques jours, mais réagissant contre son malaise, l'enfant est envoyé d'urgence à l'infirmerie, le 13 juin au soir.

Céphalalgie violente et congestion extrême de la face ; l'enfant se plaint continuellement, est agité, altéré, sans appétit. Le pouls est très rapide (110 pulsations), la température peu accentuée (37°,8).

14 juin. — Vomissements pendant la nuit qui a été très agitée et même très fatigante pour les voisins. L'enfant a eu du délire et en a encore ce matin. Regard vague, hébété; l'enfant ne répond pas aux questions qu'on lui pose, se détourne même avec horreur lorsqu'on lui parle, se plaint toujours de la tête, de courbatures générales et de douleurs violentes dans les jambes. (L'enfant a déjà eu une crise de rhumatisme.)

Fièvre intense. T. 40°,2; pouls, 120.

A l'auscultation, rien à la poitrine ni au cœur. A l'examen, la gorge est rouge mais non tuméfiée, légèrement douloureuse.

Vu l'épidémie qui règne, on songe à la scarlatine. Le soir, en effet, la peau semble plus rouge. T. 40°,4.

15 juin. — Éruption de scarlatine très intense; tout le corps est envahi d'une rougeur écarlate à peu près uniforme. Le délire continue et l'agitation est extrême; l'enfant prend difficilement même les boissons. La gorge est très rouge et les amygdales tuméfiées sont recouvertes par places d'un enduit blanchâtre qui s'enlève facilement au moyen d'un pinceau de charpie. La langue est celle de la scarlatine, enduite d'une couche blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe, les douleurs et le délire persistent; la fièvre se maintient très élevée.

T. m. 40 degrés, s. 40°,6.

16 juin. — L'éruption s'est complétée en gagnant jusqu'aux extrémités ; la rougeur est toujours très vive sur tout le corps; à quelques endroits, sur le devant de la poitrine, aux plis des coudes, éruption miliaire, d'ailleurs peu confluente. Le délire n'a pas diminué, la nuit est très agitée encore; l'enfant veut se lever et s'en aller; autant il a bon caractère en bonne santé, autant il est difficile et hargneux; il insulte ceux qui le soignent, leur dit de gros mots, les frappe même lorsqu'ils s'occupent de lui. La déglutition est toujours aussi pénible; l'enduit blanc des amygdales a augmenté et s'enlève moins facilement, prenant l'aspect de fausses membranes.

T. m. 39°,8, s. 40°,2.

17 juin. — Même état à peu près que la veille. Les amygdales sont toutes recouvertes d'une sorte de fausse membrane qui s'étend sur les piliers et qu'on ne peut plus détacher avec le pinceau. La température ne voulant pas se modérer et le délire persistant, on fait à l'enfant des affusions froides d'eau vinaigrée (vinaigre de Pennès) trois ou quatre fois par jour. Il s'en trouve notablement soulagé, et il les redemande de lui-même. On passe dans la gorge un pinceau de charpie imbibé d'une solution de papaïne dans la glycérine. On fait à l'enfant, mais très difficilement et au prix d'une grande fatigue pour lui, des injections boriquées dans la gorge au moyen d'un irrigateur.

T. m. 39°,7, s. 40°,1.

18 juin. — La rougeur générale est moins vive, mais la fièvre se maintient. Tout le pharynx est envahi de fausses membranes blanches, légèrement jaunâtres, uniformes, résistantes, qu'on badigeonne avec la papaïne toutes les heures; quelques instants après chaque badigeonnage on fait une irrigation; on continue les affusions d'eau vinaigrée.

Impossible de faire avaler à l'enfant d'abord un cachet de glycérine qu'il rejette avec dégoût, puis des pilules qu'il crache à la figure de la sœur.

T. m. 40 degrés, s. 40°,2.

19 juin. — L'éruption disparaît et cependant l'état général n'est pas meilleur; il n'y a de rémission ni dans la fièvre, ni dans le délire. Toute la gorge est recouverte de fausses membranes, les ganglions du cou sont douloureux mais peu tuméfiés.

Sur les instances du père, on fait à l'enfant une injection sous-cutanée de quinine (0,20 dans une solution d'acide tartrique).

On continue les mêmes soins pour la gorge et les affusions froides.

T. m. 40 degrés, s. 9°,5.

20 juin. — Une détente semble se produire, la nuit a été plus calme, la fièvre ne monte plus si haut, la peau est moins sèche, l'aspect général beaucoup meilleur.

Les fausses membranes sont les mêmes, un peu plus jaunes; la voix est nette et les fosses nasales sont libres. Mêmes soins que les jours précédents. Une autre piqûre de quinine est faite dans la journée.

T. m. 39°,4, s. 39 degrés.

21 juin. — Le malade est beaucoup mieux et commence à être plus raisonnable. La langue est complètement dépouillée et offre le type de la langue scarlatineuse.

Le pinceau ramène plusieurs fausses membranes; quelques-unes sont également entraînées par les irrigations et d'autres sont crachées. Ces fausses membranes assez larges, assez épaisses (environ 1 millimètre ou 2), d'une couleur blanc jaunâtre, sont assez résistantes et se contournent comme celles de l'angine couenneuse; elles conservent la forme de la muqueuse sur laquelle elles étaient moulées. Elles tombent au fond de l'eau; elles sont transparentes

comme de la corne opale. Examinées au microscope, elles contiennent certainement de la fibrine.

T. m. 39°,8, s. 39 degrés.

22 juin. — La défervescence s'accentue, la gorge se nettoie ; d'abord le fond du pharynx où la muqueuse apparaît rouge violacé, mais intacte. La déglutition est plus facile. Grâce aux soins incessants qui ont été donnés jour et nuit, heure par heure, l'haleine n'a jamais eu d'odeur.

T. m. 38°,5, s. 38 degrés.

23 juin. — L'état général s'améliore rapidement; l'enfant reprend de la gaîté, plaisante sans méchanceté, se laisse volontiers soigner. La desquamation commence; la gorge se déterge, les amygdales se nettoient à leur tour.

T. m. 38 degrés, s. 37°,5.

24 juin. — Mieux progressif.

T. m. 37°,6, s. 37 degrés.

25 juin. — La convalescence s'établit; l'enfant a l'esprit complètement libre; il commence à s'alimenter.

Pas de paralysie dans la suite, ni dans la gorge ni dans les membres.

Quelques traces d'albumine dans les urines à partir du 20, septième jour après l'éruption.

Aucune autre complication de la scarlatine.

Convalescence régulière jusqu'au bout.

Observation II.

L'élève P..., âgé de dix ans, entré à l'infirmerie le 16 juin. Constitution lymphatique.

16 juin. — L'enfant entre à l'infirmerie avec une fièvre très légère, un peu de fatigue générale, un tout petit mal de gorge et les yeux faiblement injectés ; malgré l'épidémie de scarlatine régnante, les symptômes si peu intenses que présente le malade écartent l'idée qu'il en soit atteint.

17 juin. — En effet, le lendemain une éruption très discrète de rougeole se manifestait sur tout le corps. L'enfant, peu malade d'ailleurs, fut soumis au repos, à un régime doux et aux tisanes.

Pendant quelques jours son état semble s'améliorer mais doucement, comme en traînant ou couvant quelque chose. L'appétit et les forces ne reviennent pas.

(Teinture de belladone comme moyen préventif contre la scarlatine.)

20 juin. — Tout d'un coup la gorge s'enflamme pendant la nuit, la fièvre se rallume avec intensité (température, 40°,1), l'enfant se plaint de la tête, ne sait plus où il se trouve ni à quel jour on est.

21 juin. — Une éruption scarlatineuse de moyenne intensité a envahi le

tronc, la figure et la racine des membres. La fièvre est très élevée, le pouls rapide (124), la céphalalgie violente et accompagnée de nausées; l'enfant avale difficilement et en faisant de fortes grimaces ; la langue est épaisse et couverte d'un enduit blanchâtre; la gorge est rouge violacé avec éruption miliaire et tuméfaction des amygdales. Le cou est un peu douloureux.

T. m. 40 degrés, s. 40°,3.

22 juin. — L'éruption a gagné tout le corps, mais son intensité est moindre que chez le malade précédent, non accompagnée de miliaire. L'enfant est moins agité que l'autre et n'a pas de délire violent; mais ses idées ne sont pas nettes. Les amygdales sont parsemées de quelques taches blanches, surtout à gauche. Le pharynx est violemment hypérémié. La dysphagie est toujours intense, les ganglions ont un peu augmenté et sont douloureux.

T. m. 39°,8, s. 40°,1.

23 juin. — L'éruption a pâli et la fièvre persiste; le mal de tête moins violent laisse le malade dans un état de torpeur d'où on ne le tire qu'en le rudoyant un peu. Il se laisse cependant examiner sans résistance, même la gorge qui est très douloureuse. Là on trouve les amygdales et le pharynx entièrement recouverts d'un enduit blanchâtre, uniforme, ne ressemblant guère à l'enduit pultacé ordinaire. Un pinceau de charpie ne parvient pas à l'entamer. En abaissant fortement la langue, on aperçoit la limite inférieure de la production pseudo-membraneuse; elle semble s'être arrêtée à la limite anatomique qui sépare le pharynx du larynx. Les bords en sont mousses et légèrement festonnés.

Mêmes prescriptions locales que pour le malade précédent : badigeonnage de la gorge toutes les heures avec une solution de papaïne dans la glycérine; lavages quelques instants après ; affusions froides et vinaigrées; potion à la jusquiame, chlorate de potasse et perchlorure de fer.

T. m. 39°,8, s. 39°,9.

24 juin. — Même état général, on est parfois obligé de pincer l'enfant pour le faire sortir de sa torpeur et pouvoir le soigner. L'éruption pâlit et disparaît; la gorge reste envahie.

T. m. 39°,6, s. 39°,4.

25 juin. — L'enfant ne peut plus se moucher et, ne pouvant plus facilement respirer par le nez, est agacé, tourmenté et continuellement agité; tous ses efforts ne parviennent pas à débarrasser les fosses nasales.

Outre les soins ordinaires, on pousse des injections par les narines.

T. m. 39°,6, s. 39°,8.

26 juin. — L'enfant ne peut plus du tout souffler d'un côté, et l'autre côté du nez est à peine perméable. Il s'écoule des narines un liquide séro-purulent qui irrite la lèvre supérieure. La gorge est toujours dans le même état; aucun lambeau ne se détache. Cependant, il semble que la papaïne ait produit une action dissolvante superficielle; la pseudo-membrane, au fond du pharynx, où on le

voit perpendiculairement à sa surface, semble en quelques points moins épaisse et plus transparente. Mais quelques heures après, l'aspect avait changé et les points primitivement transparents étaient redevenus opaques; d'autres points semblaient amincis. Il n'existait cependant aucune discontinuité. Les ganglions sont plus douloureux et tuméfiés.

Soins ordinaires.

Injections de quinine (0,20).

T. m. 39°,4, s. 39°4.

27 juin. — La nuit a été plus réparatrice que les précédentes; au lieu de cet état de torpeur générale qui engourdissait l'enfant et dont il ne sortait que pendant de courts instants, il a reposé d'une façon plus normale et semblait dormir véritablement.

Du reste, ce matin l'état général est meilleur, la fièvre moindre; le thermomètre ne peut, en effet, arriver à 39 degrés, qu'il avait jusque-là dépassés.

A la suite d'un badigeonnage à la papaïne, un lambeau de fausse membrane est rejeté pendant un lavage. Ce lambeau est assez ferme quand on le roule sous le doigt, assez consistant et élastique pour ne pouvoir être écrasé ou déformé, son épaisseur atteint au moins un millimètre et demi, il est transparent comme de la corne opale et tombe au fond de l'eau. Comme dans le cas précédent, on y distingue, sous le microscope, des cellules épithéliales, mais plus de fibrine.

Plusieurs autres lambeaux sont rejetés et l'amygdale droite se nettoie. Quelques lambeaux sont très légèrement teintés de sang, mais il n'est pas possible de reconnaître une excoriation ou une ulcération dans la gorge.

T. m. 38°,5, s. 38°,2.

28 juin. — Pendant la nuit, les soins qui n'ont jamais été interrompus détergent à peu près le fond du pharynx; on aperçoit la muqueuse violette, mais paraissant intacte. Du reste, jamais on n'a employé assez de violence pour arracher une fausse membrane et celles-ci tombent d'elles-mêmes, entraînées par les injections.

La fièvre se modère de plus en plus; l'état général s'améliore, l'enfant s'alimente plus volontiers (lait, bouillon et vin); son cou n'est plus douloureux, et l'on retrouve à peine les ganglions.

Il ne peut pas encore se moucher, et l'orifice des narines est recouvert de quelques croûtes qui laissent au-dessous d'elles de légères ulcérations lorsqu'elles sont arrachées.

T. m. 38°,1, s. 37°,9.

29 juin. — Le mieux local s'accentue en même temps que l'état général s'améliore. A chaque injection, des fausses membranes sont rejetées sans qu'elles se reproduisent aux endroits d'où elles tombent. Les deux amygdales sont dégagées et rentrent peu à peu à leur place; le pharynx retient encore quelques lambeaux sur les côtés et vers les fosses nasales.

L'enfant, en se mouchant, a pu déboucher une narine en expulsant un gros bouchon en partie croûteux, en partie membraneux, et mélangé à des sanies qui cependant n'ont pas beaucoup d'odeur.

T. m. 37°,5 ; s. 37 degrés.

30 juin. — La gorge est nette et tout rentre dans l'ordre. De la narine dégagée s'écoule encore un peu de muco-pus ; l'autre résiste aux efforts de l'enfant. Température normale.

1er juillet. — Pendant la nuit, le nez s'est complètement débouché dans un effort de l'enfant agacé.

Son sommeil, plus facile, est devenu très calme, d'autant qu'on a interrompu les soins devenus inutiles.

Les jours suivants, la convalescence s'est établie, sans autres complications qu'un peu d'albumine dans les urines et un léger abcès à l'endroit de la piqûre de quinine, notamment pas de paralysie.

Observation III.

T..., âgé de huit ans. Entré le 20 juin. Enfance très difficile. Constitution délicate.

Comme le précédent, a eu d'abord une éruption morbilleuse peu grave, immédiatement suivie de scarlatine et d'angine.

Le 24 juin, la fièvre et le mal de gorge apparaissent simultanément. Délire, nausées sans vomissements, céphalalgie.

T. m. 39°,4, s. 40 degrés.

25 juin. — L'éruption ne paraît que le 25 au soir, assez intense. Tout le tronc est envahi. L'agitation et le délire augmentent ; vomissements bilieux, diarrhée. En même temps, l'angine semble prendre la même allure que les précédentes : la rougeur de la gorge est violacée ; les amygdales sont un peu tuméfiées et sont parsemées de petites plaques blanches ; l'enfant se plaint beaucoup en avalant et résiste à prendre les potions et les tisanes. Le cou est douloureux et les ganglions sous-maxillaires sont durs et sensibles à la pression. Mêmes prescriptions qu'aux autres malades. Potion à la jusquiame et au chlorate de potasse. Affusions froides ; irrigations dans la gorge. Pas de papaïne.

T. m. 39°,6, s. 40°,1.

26 juin. — L'éruption s'est complétée la nuit ; le corps entier est rouge écarlate, sans miliaire. Il a fallu rester constamment auprès de l'enfant pour l'empêcher de se lever ou de se découvrir. Dégoût encore plus accentué pour les boissons. Les amygdales sont enflées et toutes blanches. L'enduit qui les recouvre est plus tenace que la veille et a l'apparence de pseudo-membranes ; on ne les détache pas avec le pinceau. Entre les amygdales on distingue la paroi postè-

rieure du pharynx fortement hypérémiée, mais libre et intacte. Tout le cou est gonflé et douloureux.

Mêmes prescriptions. Température semblable.

En même temps qu'au malade précédent, on fait à celui-ci une piqûre de quinine (0,20).

27 juin. — L'éruption pâlit et quelques phénomènes semblent vouloir s'amender. La peau est moins brûlante; la fièvre, du reste, n'atteint pas la même température que la veille. Le cou n'a ni diminué ni augmenté de volume; il reste douloureux. La langue commence à se dépouiller à la pointe. La gorge, toujours très rouge vers le pharynx, est blanc jaunâtre sur les amygdales et les piliers. Les pseudo-membranes ne semblent pas plus épaisses, ou tout au moins sont plus transparentes en quelques points.

Une autre injection de quinine est faite dans la journée. Les autres soins sont continués.

T. m. 38°,8, s. 39°,2.

28 juin. — Le mieux, déjà sensible la veille, s'accentue. La fièvre décroît rapidement. Le cou est moins pâteux et moins sensible. La langue est entièrement dépouillée et la gorge presque nette. Bien détergée dès la veille au soir par de fortes irrigations, elle ne présente plus sur les amygdales que quelques lambeaux jaunâtres. Les amygdales sont moins gonflées et moins douloureuses, comme le reste de la gorge, et l'enfant accepte volontiers les boissons.

Mais le malade se plaint du cœur, de palpitations, et en effet, à l'auscultation, on entend un léger souffle au premier temps et à la pointe. On applique immédiatement un vésicatoire.

La fièvre d'ailleurs se relève à peine.

29 juin. — Tous les symptômes continuent à s'amender ; la complication au cœur fatigue cependant un peu l'enfant et lui occasionne une légère oppression. Le souffle est pourtant à peine perceptible.

Tout autour du vésicatoire on applique de la teinture d'iode.

30 juin. — L'enfant se trouve mieux et ses nuits sont calmes. Le souffle est imperceptible.

D'autre part, le malade se plaint de quelques douleurs dans les genoux et dans les jambes.

On lui administre un cachet de quinine (0,25).

1er juillet. — Les douleurs sont moins fortes.

2 juillet. — L'état général est excellent et la convalescence semble vouloir s'établir. La desquamation est abondante, et les lambeaux se préparent très larges aux extrémités.

L'enfant a gardé une grande susceptibilité au cœur; il reste sujet aux palpitations et à l'essoufflement.

Il n'a pas eu de paralysie, et que quelques traces d'albumine dans les urines.

Observation IV.

L'élève L. ., âgé de huit ans, entre à l'infirmerie le 21 juin; santé délicate, anémique.

Frissons, mal de tête violent; fréquence excessive du pouls (130), fièvre intense, mal de gorge accompagné d'une forte rougeur et du gonflement des amygdales. On ne doute pas que ce ne soit une scarlatine qui commence et qui s'annonce même grave.

22 juin. — Le lendemain, en effet, tout le corps de l'enfant est rouge et la rougeur ne fait que s'accentuer jusqu'au soir. En même temps la céphalalgie augmente et amène un peu de délire; l'enfant ne sait absolument pas ce qu'on lui dit et répond à ce qu'on lui demande des choses bizarres qui ne s'y rapportent nullement; il est préoccupé de ses occupations ordinaires, récite des leçons tout haut, fait des calculs, passe des uns aux autres sans suite dans les idées, puis tout d'un coup se plaint que sa tête lui fait mal. La rougeur de la gorge est devenue violacée et les amygdales ont augmenté de volume; sur le fond du pharynx, on distingue des vésicules miliaires. Le cou est un peu gonflé et douloureux, on sent les ganglions aux angles des mâchoires. La fièvre est intense et le thermomètre dépasse 40 degrés le matin et atteint 40°,5 le soir.

Sinapismes aux jambes; potion à la jusquiame et à la teinture d'aconit; lotions froides et vinaigrées sur toute la surface du corps.

23 juin. — Tout le corps est parsemé de miliaire spécialement confluente sur la poitrine et sur le ventre. Le délire persiste mais assez calme; la nuit a été agitée, mais l'agitation s'est bornée exclusivement aux idées : le malade divague continuellement, mais bouge à peine de sa position et s'étonne beaucoup lorsqu'on le dérange. La figure congestionnée n'est cependant pas bouffie. La langue est enduite d'une épaisse couche blanchâtre. La gorge, très douloureuse et que l'enfant laisse difficilement examiner, est rouge violacé et sur les amygdales quelques taches blanches se dessinent, nettement circonscrites, larges comme des lentilles, adhérentes et résistant au pinceau et aux irrigations. Le cou a un peu gonflé et est devenu plus douloureux; l'enfant ne peut plus du tout tourner la tête. La fièvre est en rapport avec cet état grave et se maintient à la même hauteur qu'hier : matin, 40°,1 ; soir, 40°,5.

24 juin. — L'éruption pâlit, les vésicules de miliaire sont presque toutes affaissées, mais aucun autre symptôme ne s'est amendé. Tout au contraire, la gorge est envahie par des fausses membranes confluentes, tapissant les piliers, les amygdales, la luette et le pharynx; la dysphagie et la douleur ont augmenté, car l'enfant refuse tout ce qui s'avale. En même temps le nez semble se prendre; la respiration par les fosses nasales n'est plus libre. Le malade, obligé de respi-

rer par la bouche, en souffre beaucoup; celle-ci se dessèche bien qu'on l'humecte souvent, et l'enfant altéré et ne voulant pas boire devient mauvais, s'agite et met sur les dents sa pauvre mère qui le croit perdu et est venue passer tout son temps à le soigner. T. m. 40 degrés; s. 40°,2.

Badigeonnage de la gorge avec la papaïne, suivi quelques instants après d'une forte irrigation d'eau chargée d'acide borique et de jus de citron. Autres prescriptions comme les jours précédents.

25 juin. — Le nez est complètement bouché; la gorge est dans le même état, sauf peut-être que les fausses membranes sont plus jaunâtres. Il ne s'en détache point encore; la langue est toujours pâteuse et blanche; l'haleine n'a presque pas d'odeur.

L'enfant se plaint de douleurs dans une oreille.

Le soir, la famille du malade vient le chercher pour l'emmener à Paris; le temps très chaud est favorable et le voyage s'effectue dans les meilleures conditions.

Nous n'avons pu suivre de près la suite de la maladie, mais nous avons revu l'enfant depuis et ses parents. Voici ce que nous avons appris sur son compte : l'inflammation pseudo-membraneuse est arrivée au bout de quelques jours jusqu'à la caisse du tympan, et a occasionné des douleurs excessives qui ont fatigué au dernier point le pauvre petit malade, déjà fort affaibli; puis la membrane du tympan détruite s'est perforée, ce qui a amené un grand soulagement et a permis de nettoyer l'oreille moyenne encombrée de productions couenneuses. Pendant plusieurs semaines on ne cessait d'en entraîner par les lavages et l'enfant est resté sourd de ce côté.

Il a également eu comme complication de son angine une légère paralysie du voile du palais qui n'a pas été suffisante pour l'empêcher de s'alimenter et qui n'a duré que quelques jours. Aucune autre paralysie ne s'est produite.

Observation V.

Scarlatine compliquée de pseudo-membranes précoces.

Mercier (Aimée), âgée de six ans, entrée le 8 mars 1875.

L'enfant a quitté ce matin le service de chirurgie où elle a contracté la rougeole.

8 mars soir. — Le corps est couvert d'une éruption rubéolique peu confluente; elle est formée par des taches ou des papules d'un rouge un peu sombre, indiquant que l'éruption est déjà en voie de décroissance; assez nombreuses sur la face, le cou, la poitrine, elles sont rares sur l'abdomen et les membres. Râles assez nombreux et humides dans les deux poumons, plus confluents aux deux bases et au sommet droit où la voix est retentissante.

9 mars. — P. 129; T. m. 38°,5, s. 37°,2. Les râles persistent aussi nombreux dans la poitrine; l'éruption n'a pas changé.

10 mars. — T. m. 37 degrés, s. 37°,6. L'enfant est beaucoup mieux; les râles sont moins nombreux; l'éruption a pâli.

11 mars. — P. 132; T. m. 37 degrés, s. 37°,3. — L'éruption a encore diminué; dans la poitrine les râles sont encore assez confluents, principalement à gauche.

13 mars. — L'enfant va bien, mais au sommet droit dans les fosses sus et sous-épineuses la respiration est restée rude et s'accompagne de quelques râles secs.

14 mars. — P. 136; T. m. 39°,8, s. 40°,2. L'enfant a été prise hier, dans la journée, de diarrhée et de vomissements; elle a vomi de nouveau ce matin. On constate une forte fièvre et au sommet gauche un souffle aux deux temps.

15 mars. — P. 132; T. m. 39°,2, s. 40°,7. Le souffle persiste, mais n'a pas augmenté. On entend à ce niveau dans tout le tiers supérieur du poumon, des râles sous-crépitants peu nombreux.

16 mars. — P. 156; T. m. 38,°5, s. 40°,5. Mêmes signes physiques.

17 mars. — P. 160; T. m. 40°,3, s. 40°,2. L'enfant est ce matin très abattue; la fièvre est intense. Pas de changements dans les signes physiques. Le corps est couvert d'une éruption scarlatiniforme, en voie de décroissance, formée par un pointillé des plus nets, mais d'un rouge déjà sombre, avec éruption miliaire confluente sur les parois de l'abdomen et sur le haut des cuisses. La voix est angineuse; les glanglions sous-maxillaires fortement tuméfiés, avec empâtement; l'isthme est d'un rouge très vif; les amygdales recouvertes de fausses membranes peu épaisses, d'un blanc jaunâtre (vomitif, saccharure de cubèbe).

18 mars. — P. 120; T. m. 38°,3, s. 37°,8. — Il n'y a plus de souffle ce matin; la tuméfaction des ganglions n'a pas augmenté, le pourtour de l'isthme est d'un rouge vif et caractéristique et l'exsudat reste limité. La langue commence à se dépouiller de son épithélium.

19 mars. — T. m. 37°,4, s. 38°,2. L'éruption est restée stationnaire depuis hier; l'épiderme se fendille aux membres inférieurs; les ganglions sous-maxillaires sont moins tuméfiés, l'isthme est encore rouge mais commence à se déterger.

20 mars. — P. 140; T. m. 36°,2, s. 39°,2. L'éruption scarlatineuse a pâli; le pourtour de la gorge reste rouge. L'exsudat a presque entièrement disparu, mais au fond de l'excavation amygdalienne gauche on constate une teinte grisâtre avec fétidité de l'haleine.

21 mars. — T. m. 38°,7, s. 39°,3. L'enfant reste abattue toute la journée. Les ganglions sont moins engorgés; l'isthme beaucoup moins rouge est presque complètement détergé, mais par les narines s'écoule un mucus séro-sanguinolent, peu abondant. Pas de diphthérie en aucune région du corps. La desquamation se fait par lambeaux épidermiques.

22 mars. — P. 120; T. m. 39 degrés, s. 39°,2. Le visage est moins bouffi, les traits moins affaissés, l'éruption s'efface très rapidement et la desquamation continue. Le coryza paraît sensiblement moindre et la gorge est complètement détergée.

23 mars. — P. 130; T. m. 38°,5, s. 38°,5. L'enfant est assise sur son lit avec un air moins souffreteux; la langue est plus humide; rien au cœur ni à la poitrine.

27 avril. — Pas d'albumine dans les urines.

L'enfant est sortie guérie.

(Thèse 1875, Brissot; *épidémie de scarlatine observée dans le service de M. Bergeron* ; obs. XI, sous la rubrique : *Rougeole, scarlatine compliquée de diphthérie.*)

Observation VI.

Angine scarlatineuse pseudo-membraneuse.

Colin (Émilie), âgée de trois ans, entrée le 27 avril 1875.

L'enfant a été prise de fièvre il y a quatre jours; en même temps vomissements et diarrhée. C'est avant-hier que les parents ont remarqué une éruption.

27 avril soir. — Le corps est couvert d'une éruption rubéolique assez confluente sur le tronc, mais d'une teinte assez faible. Les conjonctives sont modérément injectées. La respiration est d'une extrême fréquence mais non à type expiratoire. A l'auscultation, les inspirations sont tellement courtes que l'on n'entend que des râles avortés. Il n'existe de diminution du son en aucune région de la poitrine.

28 avril. — P. 140; R. 56. L'éruption a presque entièrement disparu, on en retrouve à peine quelques traces à la partie externe des cuisses et sur le tronc; le visage est rouge, injecté; on ne voit guère de taches qu'au menton. La langue est blanche, le ventre souple; l'enfant a la diarrhée depuis hier. La percussion est négative en arrière et l'on entend à peine quelques râles. En avant la percussion et l'auscultation sont négatives, ou au moins ne sont pas en rapport avec la dyspnée et la fièvre, puisqu'on ne trouve que quelques râles discrets et un peu de respiration rude au niveau du mamelon droit.

(Julep, acétate d'ammoniaque, 2 grammes; sinapismes aux jambes; ventouses en avant des deux côtés.)

29 avril. — P. 128. La dyspnée est moins forte qu'hier, pas de râles en arrière; un peu de rudesse de la respiration au niveau du mamelon droit.

2 mai. — P. 156; R. 52. Les râles sont toujours très discrets, surtout à droite, mais la courbe s'est relevée hier soir, probablement sous l'influence de

l'éruption scarlatineuse que l'on constate ce matin et qui recouvre tout le tronc et les membres, confluente surtout à la partie supérieure des cuisses et au pubis.

Les piliers antérieurs sont d'un rouge carminé ; un peu d'exsudat sur l'amygdale droite. (Digitale.)

4 mai. — L'éruption a très notablement pâli, mais la courbe n'a pas suivi la même marche. Hier soir la température s'élevait à 40°,4 et l'enfant a été prise en même temps de conjonctivite. Respiration fréquente à type expiratoire ; rien de nouveau dans la poitrine.

La gorge est d'un rouge très vif et l'exsudat de l'amygdale droite persiste. Pas d'albumine dans les urines. Les ganglions sous-maxillaires sont très engorgés, surtout à gauche. (Digitale ; saccharure de cubèbe.)

5 mai. — Depuis hier soir la conjonctivite a augmenté ; dans la gorge l'exsudat n'a pas diminué. Dans la poitrine les râles sont assez nombreux et assez fins, surtout à gauche.

7 mai. — La conjonctivite est stationnaire ; l'exsudat de l'amygdale persiste ; râles fins, éclatants à la base droite ; un peu de retentissement vocal au niveau de la fosse sus-épineuse droite.

8 mai. — P. 156. La voix et la toux restent claires. Dans la poitrine, la respiration est soufflante au niveau de la fosse sous-épineuse droite. L'exsudat persiste, la conjonctivite s'améliore ; rien dans les urines.

9 mai. — P. 147. La respiration est moins soufflante au sommet droit, mais à la base gauche les râles sont d'une extrême finesse.

L'enfant achève de se remettre et est à la veille de quitter l'hôpital quand une variole hémorrhagique l'emporte en quelques jours.

(Thèse 1875, Brissot ; obs. XVII, sous le titre : *Rougeole, scarlatine compliquée de diphthérie, broncho-pneumonie, variole hémorrhagique.*)

Observation VII.

Gazette des hôpitaux, 13 août 1881.

L'observation est précédée des réflexions suivantes, que nous reproduisons à cause de l'analogie qu'elles ont avec notre thèse.

Dans certains cas l'angine scarlatineuse prend un aspect vraiment pseudo-diphthéritique. Des fausses membranes assez adhérentes, pouvant se reproduire alors qu'on les arrache, s'étendent avec rapidité soit dans un sens, soit dans l'autre.

Un exemple très remarquable de cette forme peu commune vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard.

Une jeune fille de vingt-trois ans qui, dans une partie en bateau, était tombée à la rivière le dimanche 13 juillet, fut prise le mercredi 20 de vomissements et de fièvre. On rattacha d'abord ces symptômes au refroidissement qu'elle avait subi, mais le surlendemain on remarqua qu'elle était couverte d'une éruption et elle entra à l'hôpital. La scarlatine était parfaitement caractérisée mais d'une intensité moyenne. L'éruption généralisée était d'ailleurs peu confluente. La fièvre était modérée. Le 29 au soir la température dépassait à peine 39 degrés et elle s'abaissa les jours suivants. Il n'y eut pas de complication cérébrale, de délire. Il n'y eut pas non plus d'*albuminurie*. L'éruption suivit son cours régulier et la desquamation se fit par larges lambeaux épidermiques sur la main et les pieds, par petites lamelles sur le reste du corps, comme dans la scarlatine la plus classique.

Il n'y eut d'anormal dans cette observation que l'angine, sa propagation et ses suites.

La jeune malade se plaignait d'un mal de gorge très violent, qui rendait la déglutition excessivement douloureuse ; la muqueuse linguale, palatine, la face antérieure du voile du palais, offraient la rougeur scarlatineuse sans aucune espèce de concrétion pseudo-diphthéritique ou pultacée.

Mais on constata sur les amygdales et les piliers du voile du palais la présence de véritables fausses membranes, résistantes, d'un blanc grisâtre, qui se prolongeaient en arrière. Plusieurs de ces fausses membranes furent ramenées dans les crachats, quelquefois même avec un peu de sang. Vers le quatrième ou cinquième jour un coryza des plus intenses se manifesta. Le nez gonfla au point de doubler de volume ; il se boucha entièrement et, comme les narines ne son pas très larges chez cette jeune fille, tous les efforts qu'elle fit pendant plusieurs jours pour les déboucher, en chassant de l'air avec force, restèrent vains. En même temps il se formait des deux côtés, sur les ailes du nez, près de l'orifice, des fausses membranes qui se continuaient avec celles dont la muqueuse était tapissée. Quand l'éruption se fut terminée sur la peau, quand on ne vit plus de fausses membranes dans l'arrière-bouche, quand le mal de gorge fut passé, on appliqua sur le nez un large cataplasme, afin de détacher les fausses membranes qui, en se desséchant, avaient pris un aspect croûteux. Elles furent, en effet, rejetées en masse et depuis ce jour la respiration par le nez est redevenue facile ; mais sous les fausses-membranes dont étaient recouvertes les ailes du nez il s'était fait des ulcérations profondes, qui se sont recouvertes de nouveau de concrétions grisâtres, à moitié gangreneuses, à moitié couenneuses. La forme du nez restera changée par suite de la double eschare, qui de chaque côté a entamé les ailes du nez sur leur bord libre et les fera paraître beaucoup plus relevées.

L'observation ajoute : Il nous semble en effet que l'on doit rattacher certaines fausses membranes résistantes à la scarlatine elle-même et n'y pas voir une complication réellement diphthéritique comme on l'a souvent proposé.

La diphthérie pharingo-nasale est une affection des plus graves, d'un pronostic le plus souvent fatal et dans le cours de laquelle on observe toujours, à un haut degré, les symptômes de l'intoxication diphthérique.

Dans la scarlatine, au contraire, l'envahissement du nez et de la gorge par les fausses membranes peut, comme chez cette malade, n'être qu'un accident exclusivement local, dont l'influence n'est pas aussi funeste.

Observation VIII.

Scarlatine et pseudo-membranes précoces.

Marie B., âgée de huit ans, est prise depuis quelques jours de fièvre continue, perte d'appétit, somnolence continuelle.

Je la vois pour la première fois le 17 juillet 1857. Fièvre intense, langue saburrale, vomissements, constipation. La peau est couverte depuis le matin d'une éruption scarlatineuse d'un rouge intense, couvrant tout le corps. Toux, râles sibilants dans la poitrine; pas de larmoiement; rougeur et douleur vive de la gorge, assez intense pour faire refuser toute boisson, malgré une soif vive. Les deux amygdales sont gonflées et recouvertes de deux plaques pseudo-membraneuses, grandes comme une pièce de 20 centimes chacune, et limitées dans toute leur circonférence par un bourrelet saillant de la muqueuse, d'un rouge foncé, ce qui fait paraître la fausse membrane déprimée et comme située dans une excavation de l'amygdale.

Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, gargarisme et boissons émollientes.

Le 20, même état de l'éruption. Les fausses membranes ont envahi les piliers du voile du palais et la partie antérieure de la luette; fièvre intense. — Même prescription.

Le 21, l'enfant a craché beaucoup de fragments de fausses membranes. On n'en voit plus sur la luette; celles des amygdales sont moins épaisses. Même difficulté d'avaler; moins de rougeur de la gorge; diminution de la rougeur de la peau, douleurs dans tous les membres.

Le 24, l'éruption a disparu, la peau est rugueuse. Plus de fausses membranes dans la gorge; chaque amygdale est comme creusée et inégale au milieu, avec un bord saillant. Déglutition plus facile; mêmes douleurs des membres: peu de fièvre. — Vin de quinquina, bouillons.

Le 25, la desquamation commence à se faire par larges plaques d'épiderme. Douleurs vives dans les membres inférieurs; agitation continuelle. L'enfant prend néanmoins quelques aliments avec plaisir.

Les douleurs des jambes continuent à se faire sentir encore pendant deux

jours, au bout desquels elles se terminent par une éruption de furoncles multiples sur tout le corps et principalement sur les bras et les jambes.

(Jugaud, *Études pratiques sur l'angine couenneuse.* Épidémie d'Issoudun, 1856-59.)

Observation IX.

Scarlatine et pseudo-membranes précoces.

Le 26 août 1857, je suis appelé près de l'enfant E. P..., âgée de cinq ans. Indisposée depuis quelques jours, elle a été prise la veille d'un accès de fièvre plus intense. La peau est sèche et rouge, la langue rouge à la pointe et saburrale au milieu. Aucune douleur; agitation. Cet état dure deux jours.

Le 28, je trouve une éruption scarlatineuse bien confirmée. La fièvre est la même, la soif plus vive; assoupissement. Un peu de toux. Aucun autre symptôme du côté des muqueuses.

Cet état persiste jusqu'au 31 août sans changement appréciable. Ce jour-là, sans accuser aucune douleur, l'enfant, dont la soif était vive les jours précédents, refuse de boire ce qu'on lui présente. A l'examen de la bouche, je trouve l'amygdale gauche rouge, tuméfiée, saillante entre les piliers du voile du palais et recouverte d'une petite plaque blanchâtre, peu adhérente. Je passe dessus le crayon de nitrate d'argent, elle se détache facilement.

Pédiluves sinapisés; gargarisme avec une décoction d'orge miellée.

Le soir, la fausse membrane s'est reproduite. L'enfant ayant refusé le gargarisme, je prescris de badigeonner fréquemment la gorge avec un pinceau trempé dans une solution d'alun. La fièvre n'a pas diminué. Toux presque nulle.

2 septembre. — L'amygdale est toujours rouge et tuméfiée; toute la partie saillante entre les piliers est recouverte d'une fausse membrane bien limitée et plus adhérente que les premiers jours.

Même prescription; cautérisation au nitrate d'argent.

Le 3, la fausse membrane s'est étendue à gauche, dans le cul-de-sac formé par la luette et le pilier du voile du palais; le côté gauche de la luette est même un peu intéressé.

Le 4, l'amygdale droite est couverte d'une fausse membrane. La luette en est enveloppée comme d'un doigt de gant. Néanmoins l'aspect des fausses membranes est d'un bon augure; elles sont d'un blanc crayeux, comme un peu humides, se détachent facilement. Au-dessous d'elles la muqueuse n'est pas saillante; chaque cautérisation fait disparaître presque entièrement les fausses membranes.

Le 5, la fausse membrane de l'amygdale droite a disparu; celle de la luette est transparente et laisse voir la muqueuse; celle de l'amygdale gauche est toujours d'un blanc mat, mais ne s'est pas étendue.

Le 7, plus de fausses membranes; elles se sont détachées peu à peu sous l'influence du gargarisme avec la solution d'alun. La muqueuse est intacte. L'amygdale gauche est seule tuméfiée. L'éruption signalée au début a disparu insensiblement et la desquamation lui succède. L'enfant prend des aliments. Je cesse de la voir à partir de ce jour. (Jugand, *loc. cit.*)

Observation X.

Katz, *Ueber croupöse Entzündung des Mittelohres bei Scharlach (Berliner klin. Wochenschrift*, 1884, t. XXI, p. 202).

Scarlatine pseudo-membraneuse du pharynx sans diphthérie, propagation à l'oreille moyenne. (*Résumé.*)

Fillette de six ans, bien portante, atteinte le 15 septembre 1883 d'une scarlatine qui ne présentait rien de particulier à noter, si ce n'est une rougeur considérable du pharynx. *Au troisième jour* après le début de l'éruption, des fausses membranes apparaissent dans tout le fond de la gorge, envahissant les amygdales et s'étendant, vers la fin du troisième jour, dans les fosses nasales. Le septième jour après l'éruption, en même temps que disparaissaient les fausses membranes pharyngées et nasales, au moment où la desquamation commençait à se faire, la malade accusa une légère douleur dans l'oreille gauche et l'examen montra une diminution considérable de l'acuité auditive de ce côté. Le huitième jour, il se fait par le conduit auditif externe un léger suintement et l'on peut constater une petite perforation du tympan. Le neuvième jour, on pratique dans l'oreille des injections détersives qui déterminent la sortie de pseudo-membranes épaisses, résistantes par le conduit auditif externe. Ces fausses membranes se montrent encore pendant quelques jours, puis disparaissent en laissant après elles une surdité presque complète du côté gauche. Trois semaines après le début de la scarlatine, au moment où la convalescence semblait franchement établie, la malade succomba à l'albuminurie scarlatineuse.

Réflexions. — Cette observation de Katz est remarquable à plus d'un titre; elle nous montre d'abord un début relativement tardif (3e jour), une disparition bien nette de toutes les fausses membranes au septième jour avec le début de la desquamation. Les seules qui ont persisté étaient celles de la trompe et de la caisse. Enfin, la malade a succombé à une albuminurie. C'est le seul cas que nous ayons trouvé où l'angine scarlatineuse pseudo-membraneuse ait été suivie de mort.

Observation XI.

Ludwig Blaù (de Berlin) (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1881, p. 727).

Scarlatine, angine pseudo-membraneuse, otite double. (*Résumé.*)

Il s'agit, comme dans l'observation précédente, d'un enfant de six ans, atteint d'une scarlatine normale, qui évolua jusqu'au deuxième jour qui suivit l'éruption sans présenter aucune particularité notable. Vers le milieu du deuxième jour, le pharynx se couvrit entièrement d'un exsudat pseudo-membraneux qui gagna rapidement les fosses nasales. A ce moment l'agitation de l'enfant devint très vive, la fièvre remonta et le malade accusa une douleur violente dans les deux oreilles. Dès ce moment l'ouïe était complètement perdue des deux côtés; il se faisait, en même temps, par les deux conduits auditifs externes, un écoulement assez abondant, muco-purulent. On fit dans chaque oreille des injections au sublimé 1/1500; ces injections faisaient ressortir de chaque côté des fausses membranes épaisses, enroulées en tube. Ces fausses membranes persistèrent longtemps après la disparition de l'exanthème et des productions analogues qui occupaient le pharynx et les fosses nasales. L'enfant, complètement guéri de la scarlatine, et n'offrant aucun symptôme de paralysie ni d'albuminurie, échappa à l'observateur vers la fin de la troisième semaine de la scarlatine. A ce moment les injections faisaient encore sortir des fausses membranes des deux côtés, et la surdité persistait également complète.

Observation XII.

Scarlatine et angine diphthéritique secondaire.

Guibert (Anna), âgée de quatre ans, entrée le 18 février 1885, pour un tænia.

26 février. — Avant-hier l'enfant a été prise de fièvre avec mal de tête. Hier soir, on constatait l'existence sur tout le corps d'une éruption scarlatineuse d'un rouge vif, formée par un pointillé. L'éruption était confluente sur le tronc, au cou et s'arrêtait à la ligne du maxillaire inférieur. Ce matin, l'éruption sur le tronc est d'un rouge moins vif, plus rouge, au contraire, sur les membres inférieurs. Les parties latérales de l'abdomen et du thorax sont couvertes d'une éruption miliaire. Rien au cœur.

P. 131; T. 40°,1.

27 février. — T. m. 40°,9, s. 40°,8.

Ce matin, l'enfant est abattue, la face très rouge ; l'éruption n'a pas changé sur le tronc, mais elle s'étend complètement sur les membres inférieurs, où elle est d'un rouge très vif. L'enfant tousse un peu et la toux est légèrement rauque ; la voix n'est cependant pas voilée. Les amygdales sont volumineuses et rouges ; le pourtour de l'isthme est vivement injecté.

Pas de fausses membranes. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. La langue commence à se dépouiller sur les bords et à la pointe.

28 février. — P. 144 ; T. m. 40°,6, s. 40°,5.

L'éruption sur les membres inférieurs est d'un rouge plus vif, mais elle a diminué sur le tronc. A la gorge, avec une rougeur plus vive qu'hier, on constate sur les amygdales et les piliers, un exsudat blanc jaunâtre, adhérent. La voix n'est pas éteinte.

1er mars. — P. 142 ; T. m. 39°,5, s. 39°,7.

L'enfant est ce matin tout à fait abattue ; l'éruption a pâli sur le tronc et les membres, où elle a pris une teinte sombre. Les amygdales sont plus rouges qu'hier et plus tuméfiées ; l'enduit n'existe plus.

3 mars. — P. 125 ; T. m. 39 degrés, s. 39°,3.

L'éruption ne s'est pas modifiée ; l'enfant est encore abattue, et cependant la fièvre a diminué (bain la veille). Les amygdales conservent une même teinte rouge avec un léger enduit pultacé. Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement tuméfiés.

3 mars. — T. m. 38 degrés, s. 37°,4.

L'éruption a notablement pâli depuis hier ; la peau est moins sèche ; la muqueuse de l'isthme est moins rouge et recouverte d'un enduit pultacé.

4 mars. — T. m. 37°,9, s. 37°,2.

Au sommet gauche, sans diminution du son, la respiration est rude, avec quelques râles sous-crépitants.

5 mars. — T. m. 39°,6, s. 39°,2.

Ce matin, l'enfant est dans le même état de prostration, se plaignant continuellement et jetant des cris par instants, la nuit. Pas de changement dans les signes physiques de la poitrine. Sur la luette on constate une couche pseudo-membraneuse, adhérente, limitée, autour de laquelle la muqueuse forme un cercle d'un rouge vif. (Saccharure de cubèbe.)

6 mars. — T. m. 39°,8, s. 39°,4.

L'enfant semble mieux ce matin, moins abattue ; le pouls est moins fréquent. Les fausses membranes n'ont pas augmenté en étendue, mais un peu en épaisseur sur la luette.

7 mars. — L'enfant a meilleur aspect ; la peau est moins sèche et moins brûlante. Les fausses membranes se sont cependant étendues, recouvrant la luette et une partie de l'isthme. (Vomitif, sacch. de cubèbe.)

Hier soir, on a constaté un écoulement nasal avec gonflement de la lèvre supérieure.

T. m. 39°,5, s. 39°,9.

8 mars. — L'enfant est restée endormie hier toute la journée. Les fausses membranes ont encore augmenté et se sont étendues sur toute la gorge. La voix et la toux restent claires. Les ganglions sous-maxillaires se sont considérablement tuméfiés.

T. m. 39°,4, s. 39°,8.

9 mars. — Même état général ; les ganglions du cou ont encore augmenté de volume; empâtement.

T. m. 39°,1, s. 39°,6.

10 mars. — Les ganglions et l'empâtement ont augmenté de volume ; écoulement nasal.

T. m. 38°,3, s. 39°,1.

11 mars. — Pas de changement dans l'état général, ni dans les signes physiques ; les fausses membranes ne s'étendent pas.

T. m. 38°,4, s. 38°,8.

12 mars. — La prostration a augmenté, les yeux sont vagues, le regard incertain, la face violacée, la respiration pénible, accompagnée de bruits laryngés, râles. Rien dans la poitrine.

T. m. 39°,4, s. 40 degrés.

13 mars. — L'enfant est morte ce matin. Opposition à l'autopsie.

(Brissot, *loc. cit.*)

Observation XIII.

Scarlatine suivie de diphthérie un mois après; guérison.

Gouaille, âgé de quatre ans, entré le 3 mars 1875.

8 mars. — L'enfant, peu souffrant, était sur le point de quitter l'hôpital, lorsque hier il fut pris de vomissements incessants. Ce matin, nous le trouvions maussade, abattu, la peau chaude. Toute la surface du corps est couverte d'une éruption scarlatiniforme, d'un rouge modérément vif, surtout aux membres inférieurs. Elle est formée en certaines places par un pointillé très net à la gorge. Les amygdales sont légèrement tuméfiées, les piliers et la luette injectés.

Soir. L'éruption a notablement augmenté ; elle est d'un rouge extrêmement vif sur le tronc, et recouvre sans discontinuité les deux membres inférieurs; néanmoins la température n'est pas très élevée et l'enfant reste gai.

9 mars. — Pas de changement; rien au cœur.

10 mars. — Ce matin l'éruption a pâli sur tout le corps; la fièvre est modérée; l'enfant est gai et demande à manger.

8 avril. — L'enfant était sorti le 1er avril dans un état excellent de santé, lorsque hier il fut ramené malade à l'hôpital.

11 avril. — Ce n'est qu'aujourd'hui, 11 avril, que l'on constate, avec la pâleur de la face : engorgement des ganglions sous-maxillaires, rougeur de la gorge avec fausse membrane sur l'amygdale gauche, fièvre.

13 avril. — La fausse membrane ne s'est pas étendue à gauche, mais il en existe une autre sur l'amygdale droite. Pas d'albumine dans les urines.

15 avril. — Ce matin, les fausses membranes ont diminué d'étendue. Apyrémie.

16 avril. — Les fausses membranes ont encore diminué.

L'enfant est sorti guéri le 14 mai.

(Brissot, *loc. cit.*)

Observation XIV.

Angine couenneuse survenue quatre semaines après la scarlatine. Guérison.

D... (Francis), quatorze ans, était depuis dix jours dans les salles pour de la scrofule : pris le 6 mars de scarlatine.

Amygdales tuméfiées, douloureuses, rouges, sans fausses membranes.

Tout se passe normalement et rentre dans les règles.

Quatre semaines après, l'enfant se plaint de nouveau de la gorge. Les amygdales sont rouges, volumineuses, facilement saignantes et laissent apercevoir avec peine sur le pharynx des fausses membranes blanches ; amygdales touchées au perchlorure de fer. Le lendemain, elles sont recouvertes quand même de plaques blanches pseudo-membraneuses. On résolut l'incision. Le lendemain, la surface d'excision est recouverte de fausses membranes. Au bout de six jours, les fausses membranes sont plus molles et plus minces, et au bout de dix jours ont complètement disparu.

(Garnier, *Th. Paris*, 1862, obs. V.)

TABLE

NTRODUCTION..... 11

HAPITRE I. — Historique..... 15

HAPITRE II. — Des productions pseudo-membraneuses pharyngiennes de nature diphthéritique au cours de la scarlatine..... 20

HAPITRE III. — Des productions pseudo-membraneuses pharyngiennes non diphthéritiques au cours de la scarlatine..... 25

HAPITRE IV. — Parallèle des deux angines pseudo-membraneuses. Traitement de la forme scarlatineuse..... 32

BSERVATIONS..... 41

Vu :

Le Doyen,

BÉCLARD.

Vu :

Le Président de la thèse,

LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

8613. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.